

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

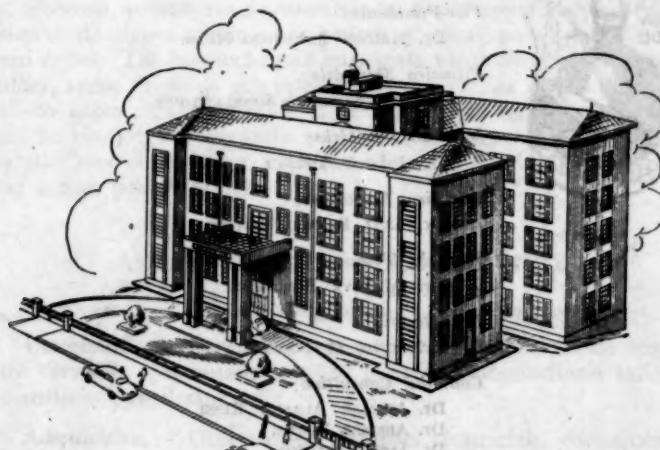
VOL. XVI

JULHO DE 1954

N.º 1

Sumário:

	Pág.
<i>Espermomigração nas estenoses do côlo ute-</i> <i>rino — Dr. MACIEL DE SOUZA</i>	3
<i>La Medicina y Rotary Dr. RUPERTO VARGAS</i> <i>MOLINARE</i>	10
<i>A tunelização para a cura da varicocele. (Expe-</i> <i>riência com a técnica de Eurico Branco</i> <i>Ribeiro) — Dr. NICOLA GABRIELE</i>	13
<i>Movimento do Banco de Sangue do Sanatório</i> <i>São Lucas em 1953</i>	15



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editada sob a direção do
Dr. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1954-1955

Presidente:
Dr. PAULO G. BRESSAN.



Vice-Presidente:
Dr. NELSON RODRIGUES NETO.

Primeiro Secretário:
Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER.

Segundo Secretário:
Dr. JOÃO V. DELUCA.

Primeiro Tesoureiro:
Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO.

Segundo Tesoureiro:
Dr. MOACYR BOSCARDIN.

Bibliotecário:
Dr. SILVIO C. BOOCK.

Conselho Consultivo:
Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI.
Dr. ADEMAR NOBRE.
Dr. JACIR QUADROS.
Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA.
Dr. WALDEMAR MACHADO.

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVI

JULHO DE 1954

N.º 1

Espermomigração nas estenoses
do colo uterino (*)

Dr. MACIEL DE SOUZA
São Paulo

Por mais que se nos afigurem seródios certos assuntos médicos, têm sempre êles algo que mereça nossa atenção, a não ser para aqueles que, sistematicamente, queiram se manter ortodoxos.

Dir-se-ia banal e manco de expressão o que vamos tratar hoje nessa sermôa. Mas... nem tudo é despresível.

Com frequência, aparecem aos nossos consultórios de ginecologia, senhoras, portadoras de esterilidade, e, por conta própria ou por conselho de algum médico, nos pedem, a priori, para que dilatemos o seu útero. Tal convicção está enraizada fortemente no espírito da mulher, como causa da sua esterilidade, na mesma proporção que o caso do *útero virado*. Então, faz-se mistér que tenhamos uma boa intuição psicológica, negando ou aceitando suas sugestões, afim de que não lhes creemos um complexo maior, pois, via de regra, elas já se acham possuidas dêle.

AS ESTENÓSES DO COLO UTERINO

Podemos dividí-las em congênitas e adquiridas.

Congênitas. — Caracterizam-se por uma diminuição de sua luz intra cervical, apresentando cristas e pregas longitudinais salientes e o orifício puntiforme.

Adquiridas. — Observam-se retrações cicatriciais, consequentes, quasi sempre, de tratamentos intempestivos e imprudentemente praticados (electro coagulação, substâncias químicas, lesões tocogene-

(*) Trabalho apresentado na Sociedade Médica São Lucas em sessão de 8 de março de 1954.

ticas etc. etc.) apresentando zonas verdadeiramente fibrosas no orifício externo e oferecendo séria resistência.

BATUAUD, no seu livro sobre *Esterilidade Feminina* afirma ter pessoalmente observado uma atresia completa do orifício externo do colo uterino, que aparece espontaneamente na vizinhança da menopausa. E, diz mais: se a mulher é ainda menstruada, isso causa-lhe acidentes dolorosos pela retenção do sangue menstrual e então é necessário abrir o orifício, para que o sangue se escõe. Para nós, constitue novidade tal asserção. GARRJA ROCA, autor espanhol acha que a estenose não é mais do que um espasmo acentuado pela exploração ou pelo coito. Não compreendemos.

PROCESSOS DE DILATAÇÃO — SEUS INCONVENIENTES

Inúmeros são os meios postos em prática, para a dilatação do colo uterino.

Desde os tempos mais remotos, já se empregavam os mais variados métodos e estranhos aparelhos. HIPOCRATES aconselhava à mulher envolver o seu corpo com vendas embebidas em essências e, se ao cabo de algum tempo, esse perfume fosse exalado pela bôca, isso significava um sinal de permeabilidade uterina.

Os aparelhos eram instrumentos de prata, talos de vegetais e até o próprio histerómetro de SIMS.

HENRI VIGNES, de Paris, com grande entusiasmo, usava o dilatador reto de KOLMANN, para o uso uretral, e, após à passagem de determinados calibres (20 a 45) praticava uma incisão com tesoura no orifício externo e retirava o aparelho, em seguida.

Laminarias. — As laminarias, como sabemos, em contacto com a umidade, promovem uma dilatação lenta e sucessiva. O seu uso exige uma assepsia rigorosa. Ademais, consoante e escala numérica, de que nos utilisemos, ao lado dos cuidados de não ocorrer sua penetração na cavidade uterina (algumas laminárias vêm com um dispositivo, chamado de *Boneau*, para impedir tal penetração) é um processo capaz de crear ou reativar endometrites salpingites etc. etc.

DOLERIS, em seu tempo, empregava as laminárias, como imprecindíveis, enquanto COTTE dizia que elas compensavam, quando muito, com 20 a 30% de êxito, o que nada representava, em face dos perigos do seu uso decorrentes.

Velas de Hagar. — São as mais usadas e abusadas, no momento atual. É dispensável entrar em maiores detalhes, conhecidas como o são. Mesmo em mãos experimentadas, têm se verificado acidentes, desde ruturas, desgarros istmicos até perfurações uterinas.

Dilatador forçado de Sims. — Aparelho muito conhecido e que provoca violentamente, traumatismos no canal cervical. Tal qual

acontece com o pavoroso transversal de *Cheron*, hoje, felizmente para as mulheres, empoeirado nas prateleiras dos museus.

Outros meios. — São os tubos de LEFOUR, na França; IRIBARNE, em Buenos Aires etc., quasi todos êles de prata, visando a mesma finalidade e não fugindo também das consequências não só de lesar a mucosa, como também de provocar infecções.

Processos cirúrgicos. — Não satisfeitos com os meios incruentos, foi solicitada a contribuição da cirurgia, para resolver o problema da estenose cervical. E, desse geito, surgiram inumeros procedimentos, como o de SIMS, que insistia na incisão lateral, com tesoura, de cada lado do orifício externo. Esta prática fracassou, pois, o que se observava era a coaptação dos lábios da ferida, com cicatrização, o que redundava em seu estado anterior. Depois, apareceu Pozzi, usando a mesma técnica de SIMS, porém, suturava com fio de prata os lábios anterior e posterior. Não tardava em se verificar a desidência da sutura, dando uma retração cicatricial do orifício interno, além de desgarro do focinho de tenca, ectropio etc. etc. Ora, é sabido que os desgarros da cervix, representam uma grande porcentagem de causas de esterilidade secundária, o que nos leva a praticar uma traqueiorrafia de EMMET de resultados precários, no que concerne à sua cura.

Estenoses adquiridas. O problema é do mesmo matiz.

Ora, todas essas agressividades, principalmente, cirúrgicas, sobre o colo uterino, não compensam os resultados, raríssimamente sofríveis. E, para prová-lo, basta que atentemos nos seus inconvenientes, como: possibilidades de recidiva da estenose; modificações estruturais da arquitetura anatómica do colo; ectrópio mucoso endocervical post-operatório e tantos outros. Quem nos dirá que de um ectrópio irritado e inflamado, possa surgir um estado precursor de um carcinoma?

Mas, porque tanta celeuma e tanto interesse pelas estenoses do colo?

Dificuldades mecânicas para o acesso de espermatozóide? Não é admissível e estapafurdio seria pensá-lo, pois, os estudos de WEIL e HIRSCH demonstram que o sangue menstrual passando por êsses canais atrésicos, muito mais passarão os espermatozoides. Com efeito o globulo vermelho mede 7,5 micros e o leucocito 13 micros, enquanto que o espermatozóide, por mais obeso que seja, não ultrapassa de 3 a 4 micros.

Demais disso, o espermatozóide é duplamente *cabeçudo*, não sómemente pela sua constituição anatómica (cabeça e cauda), mas também pelos seus propósitos e segundas intenções.

Ele arrosta e enfrenta, valentemente, todas as dificuldades e barreiras, que se lhe antepõem no seu caminho, e a jacto ou mesmo em algum recuperado, ele atinge o seu destino, elegantemente, sem

fadiga, apenas, ávido de que esteja à sua espera o paciente óvulo, para que desse contacto, resulte a fecundação. E o ovulo é sempre o elemento de espera. Essa espera, segundo alguns autores, é de 48 horas; segundo outros é de 3 a 4 dias. A verdade, é que o óvulo, a maior celula do organismo é também a celula de menor ciclo vital.

A mulher moderna menstrúa mais que a mulher de épocas pretéritas, que não usava meios anticoncepcionais, pelo contrário, a esterilidade lhe era um opróbrio e uma ofensa a DEUS. Nesses casos o lépido e intrépido espermatozóide, perde todo seu esforço, pois, nunca encontrava um óvulo e morre como um heroi.

Outro sim em face do surto progressivo, advindo do aparecimento dos antibióticos, élle, o bizarro espermatozóide, muita vez, fecunda o óvulo e não pôde, porém, realizar, a sua *viagem de núpcias*, via endométrio, porque não encontra mais os agradáveis movimentos balouçantes dos cílios do oviduto. Queremos nos referir, nos casos de velhos processos de anexites, em que os antibióticos agiram benfasejamente, sem que houvesse um *restitutio ad integrum*, gerando assim, prenhez tubária. Essa suposição não invalida, em absoluto, outras teorias existentes, como a endometriose, a insuficiência do corpo luteo ou um desequilíbrio estrogeno-progestante que retarda a progressão do ovo e mesmo a sua parada na trompa. Tocamos nesse assunto, apenas, para mostrarmos as diabrumas do espermatozóide.

Estudos modernos colocam em segunda plana, a hipótese da inacessibilidade do espermatozóide na estenose cervical, por uma dificuldade mecânica. Uma nova interpretação vem de surgir para justificar o emprego das dilatações.

Isto equivale a livrar-se de "Satanaz e cair em Belzebuth".

Agora é o muco cervical, para justificar as dilatações normais, mantendo, assim, suas propriedades físico-químicas. Nas atresias, porém, é difícil essa renovação, ou dito melhor, essa drenagem, dando origem a modificações, como sejam: o tampão torna-se duro, aderente, a sua quantidade diminui e a sua viscosidade aumenta.

Mas, HOFFMAN, citado por BETTINOTTI e MEZZADRA, de colaboração com PARADELLO na sua magnífica e bem recente obra *Esterilidade por Factor Cervical*, retifica tudo isso e não preceitua nenhuma dilatação e sim recomenda a estrogenoterapia para modificar um muco denso, ácido e impenetrável, tornando-o menos viscoso, mais alcalino e rapidamente penetrável pelo espermatozóide.

E, envergando com sabença e segurança nesses estudos, citam os referidos autores, observações várias de outros estudiosos, demonstrando a atividade dos estrógenos sobre a secreção cervical e também a afirmativa de PALMER e MARCILLE, que verificaram num caso a ação inibidora da progesterona, até mesmo em mulheres castradas.

Também entre nós, CAMPOS DA PAZ, em 1950, reafirmou essa relação existente entre a função estrógena e o muco e a ação inibidora da progesterona.

Isto posto, não há negar da correlação entre as substâncias hormonais e a produção do muco. Está muito bem. Portanto, nada de dilatação para melhorar o muco.

Mas, hoje também admitimos perfeitamente, um ciclo cervical, correspondendo ao ciclo endométrio-ovárico. Os trabalhos de SEGUY, VIEMUX e SIMONT afirmam que na fase pré-menstrual o muco é opalecente, gelatinoso e contém leucocitos. Na época da ovulação, a quantidade aumenta, a viscosidade diminui, a quantidade de agua aumenta de 92 para 98% os leucocitos desaparecem, tudo isso para facilitar a penetração do espermatozóide.

Após a ovulação o muco diminui e a viscosidade aumenta.

WOLLNER e SJOVALL observaram no entanto, que, durante a menstruação, dá-se uma completa denudação da superfície, que se regenera, logo em seguida. Todavia, PADANICOLAU, TRAUT e MARCCHETTI dizem que tais modificações são notadas mais no epitelio vaginal e na ectrocervix, do que nas glândulas cervicais.

Lógicamente, essa superfície desnuda tem que eliminar seu revestimento de mistura com sangue menstrual, mesmo nos casos de atresia do cólo. Assim, esse muco, mercê disso, poderá ser renovado ou drenado, sem necessitar de dilatações.

Um fato, que nos faz pôr de quarentena a ação das dilatações, no sentido de modificar as propriedades do muco pela sua renovação ou drenagem, é o que constatamos nos casos do Ca. do cólo, onde, naturalmente, se darão modificações profundas das celulas e dos tecidos, enfim, de toda a formação histológica das glândulas cervicais. Entanto, não são raros os casos de gravidez que surgem, em situações que taes essas, considerando-se que propriedades físico-químicas do muco tenham também sofrido transformações e, a despeito disso, o espermatozóide encontra um meio que lhe é evidentemente hostil, e repele a cena bíblica de *atravessar o Mar Vermelho, de pés enxutos*.

Nas endocervites crônicas, onde a secreção é muco purulenta é grande a barreira à penetração do espermatozóide. Tem-se observado casos, que, após, a electro-coagulação nas cervicites crônicas, mulheres estériles, engravidam.

Tudo isso está muito bonito. Resta-nos saber se a estenose é ou não um fator de esterilidade. Já vimos a proscrição das dilatações. Vejamos, agora casos concretos:

F. A. 29 anos, brasileira, dona de casa, residente nesta Capital. Nunca engravidou, embora casada, há 8 anos. Seu esposo, médico dermatologista, tudo fizera para resolver esse problema, que angustiava o casal, submetendo-se a exames que lhe foram indicados por especialistas, cujos resultados lhe conferiram o título de *bom reprodutor*. Procurado um ginecologista, foi encontrado na sua esposa, uma atresia absoluta do cólo, talvez congênita, e logo aconelhado o emprego de dilatações com velas de HEGAR, o que também permitiria fazer-lhe uma indispensável histerosalpingografia. Mais tarde essa senhora procurou-nos e verificamos também ser difícil um exame radiológico, se essa estenose não fosse vencida através de uma dilatação. Foi o bastante para que ela se opusesse e desaparecesse das nossas vistas.

Alguns meses depois, volta ao nosso consultório, para nos dizer da sua resolução categórica de haver adotado uma criança recém nascida, a quem daría todo o seu amor maternal. Qual não foi a surpresa, passados dois anos, essa mesma senhora engravidia, levando a término essa gravidez, que lhe deu um filho homem, hoje, três anos de idade, parto normal, sem que tivesse se submetido a nenhum tratamento?

Sobrepassando toda essa história de muco, que, em absoluto, queremos subestimar, a psicoterapia, a psicanálise nos deixam estarrecidos frente seus brilhantes resultados, galvanizando a mulher no recôndito da sua alma, resolvendo seus inúmeros conflitos íntimos, imprimindo-lhe e apontando-lhe uma diretriz certa na vida vacilante e, muita vez, parada em meio a seu caminho, sem se encontrar a si mesma. A medicina psicosomática, arma poderosa de que se deve utilizar todo médico moderno, seja qual for a sua especialidade, realiza milagres de tão alto quilate; que, quando usada, com sabedoria e honestidade, beneficia o doente e prestígio o médico.

E, no torvelinho em que se debate o problema da esterilidade, essas especialidades interferem, muita vez, de modo salutar aos anseios da estéril. Via de regra, os especialistas se apegam aos fenômenos e endocrinológicos, abandonando fenômenos neuropsíquicos de tão alta valia, que autoridades do estalão de WOLMER e NARSHI, não se arrecciam de proclamar que: "a esterilidade é a quasi sempre um problema psicosomático".

A observação que acabamos de relatar exprime, claramente, o valor da adoção, como cura, muitas vezes, de esterilidade. Como esse nosso, muitos outros casos são citados na literatura, tanto assim que HANSEN e ROCH verificaram esse fato em 8% nos seus 202 casos estudados.

E que dizer dessa outra história?

A. D. S., brasileira 36 anos de idade, artista de teatro, casada domiciliada nesta Capital. Não tem filhos. Já provocou 16 abortos (sic). Vem-nos à consulta em 3 de Agosto do ano passado, porque sente dôres no baixo ventre. Ao procedermos o exame, encontramos dor à apalpação no colon esquerdo, acentuada ao nível sigmóide. Ao toque: útero em retroversão móvel, anexos livres. Exame especular: na cervix, vários ovos de NABOTH e o orifício externo do colo, não o vimos. Em 30 de Novembro, p.p., volta à consulta, queixando-se de atrazo menstrual de dois meses. Ao toque, notamos um útero aumentado de volume, correspondendo, de fato, a uma gravidez de dois meses. Ao exame especular, não conseguimos, outra vez, descobrir o orifício externo do colo.

Em vista disso, solicitamos uma colposcopia e uma reação de GALLI MAININI e foram êsses os resultados.

EXAME COLPOSCÓPICO

Colo epitelizado, apresentando numerosos óvulos de NABOTH, de diversos volumes. Vascularização intensa. Pontos de colpite. Nota-se no quadrante inferior esquerdo do colo, um pequeno orifício de $\frac{1}{2}$ milímetro, o qual parece ser o orifício externo do colo. Logo abaixo outro orifício menor, parecendo comunicar-se com o primeiro. Schiller negativo.

S. Paulo, 1-12-53.

ass. Dra. M. A. F. Paal.

Reação de Galli Mainini

positiva

S. Paulo, 2-11-53.

ass. Dr. Milton Dufles de Andrade

Chéque mate, na questão. Então, um paciente que confessava ter provocado 16 abortos e o que mais a admirar um deles de 4 meses, feito por via baixa, com laminárias e velas de Hegar, em Porto Alegre, pelas mãos, duplamente criminosas de um médico sem escrúpulos e sem mais amímina noção de responsabilidade. E, portadora de uma estenose, por certo cicatricial, com um orifício de $\frac{1}{2}$ milímetro, que a própria colega colposcopista diz que parece ser o orifício externo do cólo, vacilando na sua afirmativa, essa paciente consegue, não obstante, mais uma gravidez.

Diante disso, que poderemos dizer, senão, que:

A esterilidade ainda é um problema ao sabor dos caprichos da natureza.

La Medicina y Rotary (*)

Dr. RUPERTO VARGAS MOLINARE

Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de La Universidad de Chile; Gobernador del Distrito 128 de R. I.

El Gobernador de un Distrito Rotario visitando sus clubes puede apreciar que la clasificación Medicina con sus diversas especialidades están siempre ocupadas y muchas veces debe insistir en la necesidad de no sobrepasar el porcentaje que Rotary recomienda en sus Clasificaciones Mayores. Al asistir a las Convenciones y Asambleas Internacionales, así como a las Conferencias Ibero-Americanas y de Distritos llama la atención la concurrencia de numerosos médicos.

Estas observaciones vinieron a mi mente cuando mi estimado amigo, compañero rotario y colega Eurico Branco Ribeiro, que ocupa en el Rotary Club de São Paulo la clasificación: Medicina y Cirugía, la misma que yo represento en Santiago, me pidió que en la Academia de Medicina y Cirugía de São Paulo, al ser recibidos los médicos rotarios, dijera algunas palabras sobre "La Medicina y Rotary" en nombre de Chile, mi patria.

La circunstancia de llegar atrasado, por motivos que no es del caso consignar, me privó del agrado de oír la palabra autorizada de unos de los cirujanos más eminentes que tiene el Brasil, mi estimado amigo el Profesor Benedito Montenegro y de los distinguidos colegas de otros países de Ibero-América, y de pronunciar las mías sobre el tema ya enunciado.

Eurico, con esa amabilidad y gentileza que lo caracteriza me solicitó que las escribiera para ser leidas en una reunión que tendrían el Martes los médicos, en el Laboratorio Fontoura, y a la cual me será imposible asistir por tener que dirigirnos el lunes a Rio de Janeiro.

La Medicina y Rotary tienen mucho de común y debido a una de las características fundamentales de nuestra institución, su sistema de clasificaciones que, da el corte transversal de todas las actividades de una localidad, hemos sido llamados a representarla, por lo cual nos referiremos primero a ella.

(*) Palestra proferida na II Conferência Rotária Ibero-Americana, realizada em São Paulo de 14 a 19 de abril de 1954, por ocasião do IV Centenário de São Paulo — Brasil.

La Medicina y en especial la cirugía es una ciencia y a la vez un arte. Se sostiene y no sin razón, como ciencia está al alcance de todos y como arte sólo son los escogidos que pueden penetrar en su intimidad y llegar a dominarla. El cirujano, como el escultor, el pintor, el músico y tantos otros es un artista, pero entre ellos existe una diferencia muy grande. Mientras los primeros realizan una obra material que podrá impresionar nuestro espíritu en mayor o menor grado, el médico y el cirujano lo hacen con un ser que vive, piensa y siente como nosotros y, de la oportunidad, de esa opción depende muchas veces la vida de uno de nuestros semejantes.

Por eso se dice también que la medicina es un apostolado, porque los que tenemos la suerte y el privilegio de ejercerla debemos muchas veces dejar nuestros pasatiempos, horas de reposo y distracciones, a que todo ser humano tiene derecho, para ir en auxilio de nuestros enfermos y pacientes, pues de la rapidez y oportunidad de su atención depende a veces su vida.

El médico forjado desde los primeros años de estudios universitarios, en esta escuela de sacrificios, está acostumbrado a proponer su persona al interés ajeno y estar sirviendo permanentemente a la humanidad.

Rotary, Institución que une a los hombres más destacados de una ciudad con el elevado propósito de cultivar una de las cualidades más nobles de la personalidad humana, la amistad y que promueve el conocimiento mutuo, como ocasión de servir, de ser útil a la colectividad tiene con los médicos este común denominador y es por esta razón que son ellos uno de los elementos que cooperan con más entusiasmo en la formación de nuevos clubes rotarios y en sus diversas actividades.

Ahora bien, puede la medicina esperar algo de Rotary y viceversa, puede Rotary obtener algún beneficio de ella. En mi concepto ambas se complementan y se pueden beneficiar mutuamente.

Rotary no es una Intstitución de beneficencia, ni de socorros mútuos, por eso dejaremos de lado la contribución que pueden, a veces, los rotarios proporcionarle a los establecimientos hospitalarios, gotas de leche, asilos o establecimientos de beneficiencias, etc., ya sea directa o indirectamente consiguiendo colectas, organizando rodeos, funciones de teatro, etc..

La Medicina puede y debe recibir mucho de Rotary. Todos Uds. saben que la medicina preventiva ha pasado a primer plano y que gracias a ella han sido saneadas muchas regiones de la tierra. Los accidentes automovilísticos causan a diario numerosas muertes en el mundo; el cancer a pesar de los grandes progressos de la cirugía y de las radiaciones, mata anualmente otro número importante de nuestros semejantes y así, podríamos seguir enumerando numerosos otros factores, como la morbo-mortalidad infantil que desima nuestras pobleaciones, la tuberculosis y las enfermedades de

trascendencia social que a pesar de los antibióticos, todavía siguen siendo problemas dignos de considerar, el niño lisiado, etc..

He mencionado algunos de los múltiples problemas que pueden Rotary estudiar en sus diversos comités de asuntos de interés público o en sus actividades en pró de la juventud, proponer nuevas ideas, buscar soluciones y llevarlas a las autoridades civiles encargadas de solucionarlas, presigiadas estas peticiones de haber sido estudiadas por Rotary a quién todo el mundo le reconoce ser una institución donde no existe divergencias políticas, raciales o religiosas.

Hay todavía otro aspecto de esta contribución que deseo destacar. Rotary a través de sus actividades de su segunda vena, las relaciones profesionales, desea que sus miembros sean altos exponentes de ética y moral profesional y recomienda que ellos trabajen dentro de los gremios, asociaciones profesionales, comerciales y colegio de abogados, de médicos, de ingenieros, etc. y que dentro de ellas sean un ejemplo de como deben actual los rotarios y que contribuyan, cuando no existan, a dictar códigos de ética y moral profesional.

Y el Rotary, ¿Que puede esperar de los médicos?

Ya hemos enunciado anteriormente los múltiples problemas que los diversos representantes de la clasificación mayor medicina pueden plantear dentro de nuestra institución; es este un aporte considerable que cada uno de nosotros puede hacer en el seno de nuestra organización, el cual seguramente será aprovechado para hacer efectivo nuestro ideal de servir a la colectividad.

Digimos también, que el médico por la naturaleza de su profesión tenía muy desarrollado dentro de su personalidad el espíritu de servicio y es esta otra de las ventajas que Rotary puede obtener de la medicina, llamando a su seno a individuos que tienen un ideal común y que seguramente serán activos cooperadores dentro de las múltiples actividades rotarias para serle útil a nuestro club, a nuestra localidad y a nuestra propia clasificación y a través de ella llegar a hacer efectivos los ideales de paz, buena comprensión y amistad entre todas las naciones del mundo.

é o que se fazendo a operação de varicocele é que se obtem. Cada vez que se operava-se um paciente e se o resultado era sempre satisfatório com a varicocele curada, só que não se arrependia mais de quando os resultados não eram bons era adquirir a certeza de que o resultado é que é sempre a cura e satisfação que se tem.

A tunelização para a cura da varicocele (*)

(Experiência com a técnica de Eurico Branco Ribeiro)

Dr. NICOLA GABRIELE

Cirurgião da Santa Casa de Baurú. Ex-médico interno do Sanatório São Lucas.

Para o tratamento cirúrgico da varicocele existem vários processos, que são largamente usados. Em 1936 foi proposta uma nova técnica, que pela sua facilidade, foi logo adotada por muitos cirurgiões, e rapidamente ultrapassou as fronteiras brasileiras, para ter uma favorável repercussão, principalmente na Argentina, Uruguai e Perú. A técnica proposta é a Tunelização de Eurico Branco Ribeiro.

Embora esta técnica já esteja consagrada pelos cirurgiões gerais e Urologistas, quisemos fazer nossas observações, em casos operados por nós na Santa Casa e Beneficência Portuguesa de Baurú.

Tivemos a oportunidade de praticar a referida técnica em 11 pacientes portadores de varicocele à esquerda, formando assim uma pequena estatística, reportando casos de 2 anos — 1952-1953.

Em todos os casos praticamos a técnica original proposta por Eurico Branco Ribeiro. "Incisão clássica para operação de hernia, exposição ampla da face superficial da aponeurose do grande obliquio, deixando a descoberto o anel externo do canal inguinal. A pressão do cordão espermático e semi-exteriorização do testículo através de suave tração feita pelo próprio cordão. Abertura da túnica fibrosa que envolve o cordão, seguida do isolamento das veias varicosas por dissecção, separando delas o canal deferente com sua artéria, abandonando do canal deferente de sua artéria no fundo do campo operatório. Colocação das veias ectasiadas por sobre a aponeurose do grande obliquio, dispondo-as em alça, a maneira de ferradura com concavidade voltada para baixo e para dentro, numa altura tal, que permita uma boa postura para o testículo. Fixação das veias assim dispostas, por meio de dobra da aponeurose do grande obliquio, mantida por pontos separados de forma a se criar um tunel no qual ficam abrigadas as veias. Inicia-se a Tunelização

(*) Trabalho apresentado no Centro de Estudos da Santa Casa de Baurú em 27-1-1954.

pelo lado de fóra, a seguir passa-se o fio pelo lado de dentro, a uma distância tal, que, ao se apertar o nó, a prega da aponeurose cubra completamente o feixe venoso sem interromper a sua circulação. A mesma manobra será repetida em outros pontos ao longo da alça, até ser completado o tunel, e sempre com o cuidado de não estrangular a corrente venosa, que assim passa a circular através da folicada Tunelização obtida a custa da aplicatura da aponeurose do grande obliquo".

Dos 11 doentes, 6 foram operados por terem sido rejeitados no exame médico que é praticado em todos os indivíduos que desejam ingressar na Estrada de Ferro Noroeste do Brasil.

Tratava-se de indivíduos com ptose testicular pronunciada e grande feixe varicoceloso ingurgitado. Após o tratamento cirúrgico foram admitidos.

Pelo processo da Tunelização não observamos nenhum acidente para o lado das artérias e veias do cordão espermático. Não observamos comprometimento testicular. A irrigação testicular manteve-se normalmente em todos os casos. Não houve irritação e derrame na vaginal. A pexia testicular manteve-se em todos os casos, desaparecendo também aquele aspecto anti-estético da bolsa escrotal alongada.

Os doentes foram vistos periodicamente em 1952 e 1953, principalmente aqueles que ingressaram na E. F. Noroeste do Brasil e se tornam associados da C.A.P. à cujo quadro médico pertencemos.

Somos de opinião que o processo da Tunelização trouxe uma grande facilidade e segurança para o cirurgião, pois reune as vantagens da técnica simples e eficaz, de não haver perigo de lesão de tão nobre órgão, qual seja o testículo, pelo fato de não haver secção de veias, o que muitas vezes, em virtude de haver alguma anomalia é possível a lesão de arterias, quando se usam as técnicas que recomendam a secção ou ligadura do feixe varicoso, advindo daí um acidente desagradável que é a necrose do testículo correspondente.

Não incluímos aqui as fichas dos doentes porque a nossa intenção é de formar uma opinião de conjunto, a respeito da Tunelização.

Observamos que esse processo preenche todas as finalidades requeridas para a cura da varicocele.

Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas em 1953 (*)

Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

A) DOADORES

No ano de 1953, foram atendidos no Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, 1.269 doadores, cuja distribuição passaremos a analizar:

- 1) *Freqüência*: a medida mensal aritmética foi de 106 doadores, com máxima mensal de 232 e um mínimo de 34 doadores;
- 2) *Sexo*: 1.139 doadores pertencem ao sexo masculino e 130 ao feminino.
- 3) *Nacionalidade*: foram sangrados 1.186 brasileiros e 83 estrangeiros, assim distribuídos:

português	32
italianos	17
japonêses	9
lituanos	8
espanhóis	6
alemães	5
húngaros	2
austriacos	2
rumanos	1
finlandês	1

- 4) *Côr*: desses doadores, 1.169 são de côr branca, 79 pretos, 12 mulatos e 9 amarelos.
- 5) *Grupos sanguíneos*: a distribuição pelos 4 principais grupos sanguíneos foi a seguinte:

Grupo 0	648 doadores
Grupo A	461 "
Grupo B	127 "
Grupo AB	33 "

(*) Relatório apresentado na Sociedade Médica São Lucas em sessão de 17/5/54.

Quanto ao fator Rh, obtivemos os seguintes dados:

Rh +:825
Rh -:39

Não assinalados: 378.

- 6) *Volume:* obtivemos desses doadores 630.030 ccs. de sangue citratado.

B) TRANSFUSÕES

Realizaram-se no Sanatório São Lucas em 1953, 900 transfusões de sangue e glóbulos com a media mensal aritmética de 75 transfusões.

C) REAÇÕES

Observamos a percentagem de aproximadamente 2% de reações do tipo pirogenético e 3% de reações alérgicas. Não tivemos reação de tipo hemolítico ou de outra natureza.

D) MOVIMENTO TOTAL

Desde a sua fundação, isto é, aos 20 de outubro de 1946, o movimento total do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, foi o seguinte:

Doadores	6.410
Volume total de sangue citratado obtido	3.314.585 ccs.
Transfusões realizadas ...	5.352.